



Bitte bei jedem Arztbesuch mitnehmen! Lenalidomid Sandoz® Patientenkarte

Patienten -Etikette

Vor einer Lenalidomid Sandoz® Therapie durch den behandelnden Arzt auszufüllen:

Die Ärztin bzw. der Arzt wird gebeten, die entsprechenden Kästchen anzukreuzen und das Datum der Schwangerschaftstests einzutragen



1. Indikation

Dieser Patient erhält Lenalidomid zur Behandlung von Multiplem Myelom Myelodysplastischem Syndrom
 Mantelzell-Lymphom Follikulärem Lymphom

2. Patientenstatus (eine Möglichkeit ankreuzen)

Der Patient ist Männlich Weiblich, nicht gebärfähig Weiblich, gebärfähig*
 (* Bitte auch Abschnitt 4 ausfüllen)

3. Nachweis einer Beratung/Aufklärung

Eine Beratung hinsichtlich der zu erwartenden teratogenen Wirkung(Fehlbildungen) von Lenalidomid beim Menschen und der Notwendigkeit zur Vermeidung einer Schwangerschaft wurde vor der ersten Verschreibung des Arzneimittels durchgeführt.

Stempel der Ärztin/des Arztes

Datum und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Wenn Sie als behandelnde(r) Ärztin/Arzt das Lenalidomid Sandoz® Schwangerschaftspräventions Programm nicht kennen, wenden Sie sich bitte an Sandoz GmbH (Tel: +43 1 86659 0; E-Mail: medizin.wien@sandoz.com), damit Sie die erforderlichen Informationsmaterialien erhalten, bevor Sie Ihrer Patientin/Ihrem Patienten Lenalidomid Sandoz® verschreiben.

4. Für gebärfähige Frauen^a

Entweder während des Arztbesuches oder in den 3 Tagen vor diesem Besuch muss ein medizinisch überwachter Schwangerschaftstest durchgeführt werden.

Datum des Arztbesuches	Datum des Schwangerschaftstests	Patientin wendet mindestens eine zuverlässige Verhütungsmethode an (bitte ankreuzen)	Ergebnis des Tests (bitte ankreuzen)	Datum der Verschreibung von Lenalidomid	Datum des nächsten Termins	Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			

a. Gebärfähige Frauen müssen einen medizinisch überwachten negativen Schwangerschaftstest (mit einer Mindestempfindlichkeit von 25 mIE/ml) 4 Wochen ab Beginn der Empfängnisverhütung, alle 4 Wochen während der Therapie und 4 Wochen nach Ende der Therapie (es sei denn, eine bestätigte Tubensterilisation liegt vor) nachweisen. Dazu gehören auch gebärfähige Frauen, die absolute und dauerhafte sexuelle Enthaltsamkeit bestätigen.

b. Bitte um Angabe eines Grundes bei den Antworten „Nein“ und „Unbekannt“.

c. Bitte um Angabe eines Grundes bei der Antwort „Nicht gemacht“.